UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

225
N° 952

# TROUBLES PSYCHIQUES

## AU COURS DE

# L'ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 31 Juillet 1920**

PAR

Isidore POUJADE

Né à Vegennes (Corrèze), le 1er février 1892

DÉCORÉ DE LA MÉDAILLE MILITAIRE, DE LA CROIX DE GUERRE
ET DE LA MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examinateurs de la Thèse**

DUCAMP, professeur. *Président.*
BOSC, professeur.
EUZIERE, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

*Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre

1920

# TROUBLES PSYCHIQUES

AU COURS DE

L'ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

22
N° 232

# TROUBLES PSYCHIQUES

## AU COURS DE

# L'ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 31 Juillet 1920**

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

Isidore POUJADE

Né à Vegennes (Corrèze), le 1er février 1892

DÉCORÉ DE LA MÉDAILLE MILITAIRE, DE LA CROIX DE GUERRE
ET DE LA MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examinateurs de la Thèse**

DUCAMP, professeur. *Président.*
BOSC, professeur.
EUZIÈRE, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

*Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre

1920.

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

## Administration

| | | |
|---|---|---|
| MM | MAIRET (✲)..... | Doyen. |
| | FORGUE (O ✲)..... | Assesseur. |
| | IZARD..... | Secrétaire. |

## Professeurs

| | |
|---|---|
| Clinique chirurgicale..... | MM. TEDENAT (O ✲) |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses..... | MAIRET (✲). |
| Physique médicale..... | IMBERT (✲). |
| Botanique et histoire naturelle médicales..... | GRANEL. |
| Clinique chirurgicale..... | FORGUE (O ✲). |
| Clinique ophtalmologique..... | TRUC (O ✲). |
| Physiologie..... | HEDON (✲). |
| Histologie..... | VIALLETON. |
| Clinique médicale..... | DUCAMP (✲) |
| Anatomie..... | GILIS (✲). |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..... | ESTOR. |
| Clinique des maladies des enfants..... | BAUMEL (✲) |
| Pathologie et thérapeutique générales..... | BOSC. |
| Hygiène..... | BERTIN-SANS (✲) |
| Clinique obstétricale..... | VALLOIS. |
| Thérapeutique et matière médicale..... | VIRES (✲). |
| Anatomie pathologique..... | MASSABUAU (✲) |
| Chimie biologique et médicale..... | DERRIEN (✲) |
| Microbiologie..... | N... |
| Pathologie interne..... | N... |
| Clinique médicale..... | N... |
| Médecine légale et toxicologie..... | N... |

*Professeurs adjoints :* MM. De ROUVILLE, MOURET, VEDEL

*Doyen honoraire :* M. VIALLETON.

*Professeur honoraire:* M. E. BERTIN-SANS (✲)

*Secrétaire honoraire :* M. GOT

## Chargés de Cours complémentaires

| | |
|---|---|
| Clinique gynécologique..... | MM De ROUVILLE, prof.-adj |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... | MOURET, profes.-adj. |
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées | VEDEL, profes.-adj. |
| Clinique des maladies des voies urinaires | JEANBRAU (O✲✲,a. l.(ch. de c.) |
| Médecine opératoire..... | SOUBEYRAN.✲ ✲,a. l. (ch. de c.) |
| Pathologie externe..... | RICHE, agrégé (ch. de c.) |
| Clinique annexe des maladies des vieillards | EUZIÈRE, agrégé (ch. de c.) |
| Accouchements..... | P. DELMAS, agrégé (ch. de c.) |
| Matière médicale..... | CABANNES, agrégé (ch. de c.) |
| Microbiologie..... | LISBONNE, agrégé (ch. de c.) |
| Stomatologie..... | WATON ✲(✲), doct (ch. de c. |

## Agrégés en exercice

| | | |
|---|---|---|
| MM. GALAVIELLE. | MM CABANNES. | MM ETIENNE. |
| GRYNFELTT (✲). | P. DELMAS. | LISBONNE. |
| LEENHARDT. | EUZIERE. | PECH ✲(ch. d'agr.). |
| GAUSSEL (✲ ✲). | J. DELMAS (✲). | VALLOIS H. ✲ (ch. d'agr. |
| RICHE. | RIMB UD ✲. | |

## Examinateurs de la thèse

| | | |
|---|---|---|
| MM. DUCAMP, profes., *president.* | — | MM. EUZIÈRE, agrégé. |
| BOSC, professeur. | — | ETIENNE, agrégé. |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE
DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

A MA NIÈCE

MEIS ET AMICIS

J. POUJADE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Hommage respectueux.*

A MON JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ EUZIÈRE

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse.*

A MES MAITRES

DES FACULTÉS DE MÉDECINE DE MONTPELLIER ET DE PARIS

J. POUJADE.

# TROUBLES PSYCHIQUES

AU COURS DE

# L'ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE

---

## I

## INTRODUCTION

L'encéphalite léthargique pour laquelle on a proposé des dénominations diverses : encéphalite épidémique de Chauffard, encéphalo-myélite de R. Cruchet, névraxite épidémique de Sicard, est une maladie toute d'actualité. Elle n'est sans doute pas une maladie nouvelle.

Mais en réalité, c'est seulement dans ces deux ou trois dernières années, que l'on est entré dans le domaine de la connaissance de l'encéphalite léthargique. Hâtons-nous de dire que cette connaissance est encore bien limitée puisque l'étiologie n'en est pas encore parfaitement fixée et par suite le traitement aveugle ou inexistant.

La symptomatologie revêt les formes les plus variées suivant la localisation du virus filtrant sur l'axe cérébro-spinal. Elle n'est pas toujours typique, caractérisée par la triade : somnolence, paralysie des nerfs moteurs de l'œil,

état toxi-infectieux. Les formes atypiques sont très nombreuses suivant le département nerveux intéressé. C'est ainsi que Sicard signale la forme myoclonique, Claude la forme myotonique, Sicard, Netter et Salmont, les formes algiques.

Suivant le siège anatomique, on a décrit une forme diffuse et des formes localisées parmi lesquelles les formes méningées, les formes cérébrales, les formes mésocéphaliques, parmi ces dernières M. Euzière a décrit un type choréique, se rapprochant par sa symptomatologie de la « chorée électrique de Dubini ». Enfin, dans les formes localisées, on a fait entrer les formes mésocéphaliques, les formes médullaires et les formes radiculaires; ces dernières décrites par Bosc.

Nous avons entrepris, à l'instigation de M. le professeur Euzière, l'étude des phénomènes psychiques dans l'encéphalite léthargique.

## II

Les phénomènes psychiques dans l'encéphalite léthargique diffèrent suivant que la maladie est aiguë ou chronique.

### Phénomènes psychiques dans l'encéphalite léthargique aigue

Les troubles psychiques peuvent dominer le tableau clinique ou, au contraire, occuper une place secondaire.

#### A. — *Les troubles psychiques dominent le tableau clinique*

Ces troubles psychiques prennent, suivant leur allure, la forme délirante ou la forme pseudo-démentielle.

1° *Forme délirante.* — Elle se caractérise par un délire varié dans ses manifestations. Parfois ce délire est doux et tranquille. Mais presque toujours c'est un délire d'excitation avec confusion mentale, caractérisé surtout par des hallucinations visuelles, déterminant chez le malade un état d'apeurement avec réaction impulsive le poussant à l'agression ou à la fuite. Briand signale un délire de ce genre dans l'observation suivante :

### Observation Première

(Résumée)
(Empruntée à M. Briand)

Mme de X..., 48 ans, à la suite d'une angine qualifiée de grippale, a présenté une paralysie d'une corde vocale pour laquelle un traitement électrique fut jugé nécessaire.

Dans la nuit qui suivit la première séance d'électricité, la malade présenta du délire onirique au cours duquel elle voit apparaître des personnages habillés de noir, qui se mêlent à son entourage. Une potion de chloral produisit un sommeil de plusieurs heures. Le lendemain, la malade ne délire plus, elle conserve le souvenir de ses terreurs nocturnes, en reconnaît l'inanité et affirme qu'elle ne s'y abandonnera plus. Ses traits sont figés, sa voix est rauque, sa parole saccadée et sans nuances. Le soir même la température monte à 38°2 et les hommes noirs reparaissent : « Voyez-les, ils viennent pour m'emporter, ils me menacent de me torturer avec mon mari et mes enfants, qu'on me tue, qu'on laisse la vie aux miens, sauvez-vous, sauvez-vous ». La malade tente de se jeter par la fenêtre.

Le lendemain, la malade présente du strabisme divergent de l'œil gauche avec ptosis de la paupière et immobilité de la pupille, bientôt apparaissent des mouvements cloniques des deux épaules. Le diagnostic d'encéphalite léthargique devient évident. Le délire hallucinatoire n'a plus de cesse, l'anxiété est extrême, la malade a des réactions de défense de plus en plus violentes, elle frappe les infirmières qu'elle confond avec les hommes noirs, cherche à se suicider. On ne peut la maintenir au lit. La malade meurt brusquement en syncope.

Le délire revêt souvent le caractère professionnel. Le malade revit sa vie, dans son cadre habituel, au milieu des personnes et des choses qui lui sont familières.

### Observation II

(Thèse Ginoux)

P..., 47 ans, avait eu à la fin de l'année 1919, d'assez graves soucis d'argent; si bien que lorsque dans la seconde quinzaine de décembre sa famille le vit changer de caractère, devenir inquiet, irritable, ce sont les soucis qui furent mis en cause et tout le monde s'entendit pour lui conseiller un séjour à la campagne dans un milieu ami. Il partit, mais, le lendemain de son arrivée, il se sentit fatigué, brisé, avec la sensation qu'il allait tomber gravement malade. Il revint, brusquement à la gare, les siens furent frappés du changement survenu en lui, il était taciturne, avait les yeux brillants, répondait mal aux questions posées. Ramené chez lui il s'alita et le médecin fut appelé. A la première visite, le malade était en plein délire, il s'agitait de façon incohérente, parlait sans trêve, criait et paraissait étranger à tout ce qui l'entourait. La température axillaire dépassait 40°. Un examen médical complet était rendu impossible par l'agitation incessante du malade. Des enveloppements humides furent prescrits. Le lendemain, l'agitation était moins grande mais le délire continuait; c'était un délire professionnel qui faisait vivre le malade au milieu du restaurant qu'il avait l'habitude de diriger. Une interpellation un peu forte le tirait de son rêve et il répondait de façon adéquate à une ou deux questions posées vivement, pour ensuite retomber dans son délire. L'agitation motrice était modérée, à tout instant le malade voulait sortir de son

lit, mais la personne qui veillait à son côté n'avait que peu de peine pour l'en empêcher.

Au troisième jour, à la face antérieure des avant-bras, apparut une éruption scarlatiniforme, qui dura peu. La langue était sale, les lèvres couvertes de fuliginosités, la voix éraillée, la constipation était opiniâtre. A plusieurs reprises, on observa de brusques secousses myocloniques passagères dans les muscles de la loge antérieure des cuisses et particulièrement de la cuisse droite. Jamais on ne put mettre en évidence l'existence de signes de lésions organiques du système nerveux : pas de modifications des réflexes, pas de signe de Babinski, pas de troubles pupillaires ; à deux reprises cependant, un membre de la famille aurait constaté du strabisme passager.

Cet état d'agitation dura une dizaine de jours, de façon à peu près ininterrompue avec quelques intermittences de sommeil. Le malade revint au calme et retrouva ses esprits. *Ce fut un mois après le début de la maladie que P... se leva; il présentait alors un syndrome parkinsonien typique.* Il se tenait dans une attitude figée, le tronc légèrement incliné en avant, les jambes et les avant-bras légèrement fléchis. La physionomie était hébétée, les yeux brillants avaient un regard fixe dont la rareté du clignotement augmentait l'étrangeté. Le malade marchait à petits pas, ne tournait qu'à peine la tête à droite ou à gauche, avait des impatiences musculaires et éprouvait de temps à autre le besoin de faire quelques pas. Toute la musculature était rigide et les mouvements passifs eux-mêmes malaisés. Il n'y avait pas de tremblements, encore qu'il y eut quelques secousses à caractères myocloniques dans la mâchoire.

Psychiquement P... ne délirait plus, mais il était très préoccupé de son état et considérait sa guérison comme impossible. A l'heure actuelle (mai 1920) le malade est amé-

lioré, mais non guéri. Il ne peut sortir qu'accompagné, marche à petits pas, et donne encore dès l'abord l'impression d'un parkinsonien ; mais la rigidité paraît s'atténuer et l'état moral est meilleur.

L'agitation prend parfois un caractère tellement violent qu'elle peut en imposer pour un délire aigu. Habituellement, cependant, les réactions sont assez modérées pour rendre possible le maintien du malade hors d'un milieu spécialisé.

Généralement les manifestations délirantes ne restent ainsi à l'état de pureté que pendant une période assez courte. Bientôt, en effet, viennent s'associer au délire d'autres symptômes nerveux ; ce sont : les paralysies oculaires fugaces, quelques secousses myocloniques, quelques symptômes radiculaires tels que la diminution du réflexe radial et cubito-pronateur (observation de Salmont).

### Observation III

(Résumée)

(Empruntée à M. André Salmont)

L..., 42 ans. Du 16 au 22 décembre, lourdeur de tête et vertiges, sans fièvre, sans inappétence ; le 23, angine légère avec dysphagie douloureuse et douleur au niveau de l'oreille droite.

Le 24 décembre, élancements extrêmements douloureux dans le membre supérieur gauche, survenant à chaque minute.

Les jours suivants, agitation désordonnée. Tremblement rapide des doigts. Le simple effleurement de la peau et des poils de l'avant-bras gauche provoque des cris. La douleur

irradie dans la région cervicale et jusqu'à l'épaule droite. Température normale, pouls à 90. Les calmants et analgésiques n'amènent pas la moindre sédation.

Le 27 décembre, le malade a passé trois nuits d'insomnie. L'agitation est telle, la douleur paraît si exagérément vive, mais variable quand on détourne l'attention du sujet qu'on pense à des manifestations névropathiques, mais le réflexe radial et le cubito-pronateur sont nettement diminués à gauche et on pense à une lésion probablement radiculaire des cinquième et sixième racines cervicales. Le soir même, séance de faradisation à type psychothérapique, disparition immédiate de la douleur. Mêmes modifications des réflexes tendineux, le malade s'endort d'un sommeil profond.

Le 29, torpeur complète, somnolence continue, délire doux et tranquille. L'intelligence et la mémoire sont parfaitement conservées. Le diagnostic d'encéphalite léthargique s'impose. Le 9 janvier, le malade qui paraît complètement prostré, a pourtant conservé sa lucidité. Il succombe dans la nuit.

Cette riche symptomatologie peut rendre parfois le diagnostic difficile et hésitant: la connaissance d'autres cas d'encéphalite léthargique dans le voisinage, oriente le diagnostic. Bien souvent, après quelques jours d'agitation, le malade se calme et des symptômes, jusque-là relégués au second plan ou même complètement masqués, deviennent dominants et caractérisent le tableau symptomatique de l'encéphalite épidémique. Le diagnostic est alors facile.

2° *Forme pseudo-démentielle.* — Exceptionnellement, les manifestations psychiques de l'encéphalite épidémique peuvent prendre le masque démentiel. Le diagnostic est alors souvent égaré. C'est ainsi qu'Ardin-Delteil, M. Raynaud et Derrieu, dont les observations sont résumées ci-

dessous, ont rapporté l'histoire de malades ayant présenté du délire, de l'agitation incohérente, de la dysarthrie, des troubles de la mémoire et des troubles moteurs pouvant en imposer pour un début de paralysie générale. Ce sont des pseudo-paralysies générales.

### Observation IV

(Empruntée à M. Ardin-Delteil, Maurice Raynaud et Derrieu)

A. J..., 55 ans. Antécédents: éthylisme, ni syphilis, ni paludisme.

Début le 15 novembre par douleurs dans les membres inférieurs et dans l'épaule droite.

Le 1er décembre, étourdissement, sorte de petit ictus suivi de perte de la mémoire.

A son entrée, la température est à 38° et se maintient jusqu'au 13 janvier, délire, hallucinations visuelles et auditives; ce délire est incohérent, surtout nocturne; le malade se lève, va déranger les voisins, cherche à sortir de la salle. Mouvements lents et désordonnés des membres supérieurs et inférieurs. Tremblement assez lent des extrémités digitales.

Trémulation des lèvres, de la langue, rappelant tout à fait celle de la paralysie générale, dysarthrie, psalmodiement et bégaiement.

Diminution considérable de la mémoire. Inégalité pupillaire, pupilles paresseuses à la lumière et à l'accommodation..

Diminution générale de la force musculaire.

Pas de troubles de la sensibilité, des réflexes, pas de Kernig, pas de Babinski.

Rien du côté des autres appareils.

Réaction de Wassermann négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Pas de lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

Urée sanguine : 0,57.

Cet état persiste jusqu'au 12 décembre. L'amélioration survient assez rapidement et le malade quitte le service le 20 décembre.

### Observation V

(Empruntée à M. Ardin-Delteil, Maurice Raynaud et Derrieu)

T. A..., 37 ans. Antécédents : paludisme en 1905, chancre mou en 1905.

Maladie débute le 11 novembre, par des phénomènes rappelant la dengue, vertiges, rachialgie très brusque et chute dans la rue, avec perte de connaissance de peu de durée. Il se relève, rentre chez lui. Là, céphalée violente, rachialgie, fièvre élevée. Le lendemain, il reprend son service d'agent de police qu'il assure à grand peine, pendant neuf jours, prenant de la quinine, de l'aspirine, pour diminuer sa céphalée et sa douleur qui sont surtout violentes dans la soirée.

A son entrée, asthénie intense, température ne dépassant pas 37°5 dans la soirée. Agitation nocturne, il se lève et se promène. Céphalée et rachialgie surtout vespérales. Inégalité pupillaire avec affaiblissement de l'acuité visuelle. Réflexes exagérés d'une façon générale. Pas de Kernig. Pas de Babinski.

Diminution générale de la force musculaire. Tremblement léger des extrémités digitales. Troubles de la parole peu marqués : très léger échappement des mots. Trémulation nette de la langue, quelques troubles de la mémoire. Rien du côté des autres appareils.

Réaction de Wassermann négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Amélioration très lente. Le malade est extrêmement préoccupé et inquiet en présence de son asthénie persistante.

Quitte le service le 24 janvier 1920.

### Observation VI

(Empruntée à M. Ardin-Delteil, Maurice Raynaud et Derrieu)

G. L..., 40 ans. Antécédents : ni paludisme, ni éthylisme, ni saturnisme. Chancre spécifique il y a dix-sept ans ; rhumatisme il y a huit ans.

Début le 4 décembre, par douleurs violentes à caractère névralgique, dans la main et l'épaule gauches sans fièvre apparente, ni gonflement.

A son entrée dans le service, pas de fièvre, aucune trace de fluxion articulaire, mais secousses tendineuses et tremblement des quatre membres, plus accentué au niveau des extrémités, tremblement fibrillaire de la langue, dysarthrie état démentiel très net, délire nocturne ambulatoire avec hallucinations professionnelles. Abaissement de la commissure labiale gauche et affaiblissement musculaire généralisé, prédominant très nettement dans tout le côté droit constituant une ébauche de syndrome de Millard-Gubler. Réflexes normaux. Pas de Kernig. Pas de Babinski.

Pas d'inégalité pupillaire. Réflexes pupillaires normaux à la lumière. Regard lointain. Parésie pupillaire à l'accommodation.

Réaction de Wassermann positive dans le sang, négative dans le liquide céphalo-rachidien. Très rares lymphocytes. Pas d'hyperalbuminose.

Evacué dans un service de délirants le 26 décembre.

Plus récemment, Widal, E. May et Chevalley, de même que Logre dont nous reproduisons l'observation résumée, ont observé des malades présentant un syndrome catatonique avec stéréotypies, négativisme, indifférence affective et conservation des facultés intellectuelles.

### Observation VII

(Résumée)
(Empruntée à M. Logre)

Un homme de 29 ans, fait au début du mois d'avril un épisode psychopathique considéré comme un accès d'alcoolisme subaigu. Son état s'améliore et à un examen plus approfondi on s'aperçoit que cet homme vivait de régimes en raison d'état dyspeptique ancien et que son alcoolisme était inexistant. D'autre part, on constatait chez lui : des attitudes figées, de la catalepsie spontanée et provoquée, intense et durable, un mélange de suggestibilité et de négativisme, de la stéréotypie du langage ou en un mot un syndrome hébéphréno-catatonique typique. Il n'y avait ni fièvre, ni troubles oculaires, ni somnolence, si bien que tout faisait penser à la possibilité d'une démence précoce.

Quinze jours plus tard, le malade présentait au contraire un syndrome d'encéphalite léthargique au complet. Il était presque constamment somnolent, il voyait double et présentait quelques secousses myocloniques des muscles grands droits de l'abdomen, du biceps et des muscles du visage.

Un mois plus tard, le malade était totalement guéri et susceptible de reprendre son métier.

Devant cette forme pseudo-démence précoce, se trouve

posée la question du rapport entre l'encéphalite épidémique et la démence précoce.

B. *Les troubles psychiques occupent une place secondaire*

La maladie est caractérisée par la triade symptomatique ou par des phénomènes essentiels qui dominent le tableau clinique; les troubles psychiques sont au deuxième plan. Il y a lieu de considérer ces troubles mentaux dans la forme léthargique, dans la forme choréique, et dans les autres formes d'encéphalite épidémique ne rentrant pas dans ces deux groupes.

1° *Forme léthargique.* — La forme léthargique est caractérisée par un phénomène essentiel: la somnolence. Il était tout nature de considérer ce symptôme comme un véritable trouble psychique. Cependant, dans les formes moyennes tout au moins, le malade garde ses facultés intellectuelles intactes. L'observation ci-dessous rapportée dans « l'Hôpital » (mai 1920) nous montre la conservation intégrale de l'émotivité et du jugement chez des malades plongés dans une profonde somnolence.

Observation VIII

(Empruntée à M. René Benard)

...Etendu inerte dans son lit, les yeux clos, la respiration calme, régulière et légèrement sonore comme celle des gens qui dorment, il semblait profondément endormi. Cependant quelqu'un racontant dans sa chambre, à voix basse, un fait amusant, il se mit à rire. A un autre moment, un médecin ayant à mi-voix fait une remarque à propos d'une symp-

tôme observé, remarque qui se trouvait être erronée, il rectifia de lui-même.

### Observation IX

(Résumée)
(Emprunté à M. Mantoux)

...Il répond d'un air las, somnolent, mais avec une parfaite clarté, aux questions qu'on lui pose. On peut constater aussi l'intégrité absolue des fonctions intellectuelles. Il se souvient des événements anciens ou récents, raisonne de la façon la plus correcte, calcule...

La somnolence de l'encéphalite léthargique, par l'intégrité absolue des fonctions intellectuelles, diffère du tuphos des maladies infectieuses qui s'accompagnent habituellement d'un certain degré de confusion mentale.

Peut-être pourrait-on voir la raison de cette différence clinique dans une différence de mécanisme, le tuphos des maladies infectieuses étant dû à une imprégnation générale du système nerveux par les toxines, tandis que dans l'encéphalite léthargique, il y aurait lésions directes des centres du sommeil. Cette différence clinique est d'ailleurs moins marquée dans les cas graves. Il y a alors un symptôme nouveau : l'asthénie. Cette asthénie est parfois très accentuée, au point qu'elle nécessite de la part du malade, un effort considérable pour la compréhension et la réponse aux question qu'on lui pose. C'est ainsi qu'on a pu prendre pour des confus des sujets atteints d'encéphalite léthargique avec somnolence profonde et asthénie marquée.

2° *La forme choréique.* — Dans cette forme, les troubles psychiques sont constitués le plus souvent par un délire

d'excitation. Ce délire varie suivant que la chorée due à l'encéphalite épidémique est aiguë ou chronique.

Dans la chorée aiguë hyperpyrétique, souvent grave, se rapprochant des chorées aiguës ou mortelles de Dieulafoy, le délire est souvent violent, hallucinatoire, avec apeurement comme dans les formes délirantes déjà étudiées.

D'autres fois, le malade, sans être un délirant proprement dit, est dans un état d'excitation psychique diffuse avec logorrhée et hyperesthésie sensorielle, donnant l'impression d'un maniaque. Ces états peuvent se succéder chez un même malade comme dans l'observation suivante.

### Observation X

(Dûe à l'obligeance de M. le professeur Euzière et de M. Margarot)

L. P..., est une cuisinère de 22 ans, sans antécédents dignes de remarque. La maladie qui la conduit à l'hôpital dans le service des maladies nerveuses, a débuté brusquement le 1er mars au soir; cependant sa sœur et ses patrons racontent que depuis le carnaval son caractère avait changé qu'elle était plus susceptible et plus irritable qu'autrefois et qu'à plusieurs reprises elle aurait accusé de légers malaises et se serait plainte d'insomnie.

Le 1er mars, elle veilla assez tard avec sa sœur et se sépara d'elle brusquement sur une dispute sans importance, elle se coucha ensuite, mais à peine au lit, elle se mit à crier apeurée assurant qu'elle entendait qu'on assaillait sa sœur, qu'il y avait des voleurs, etc. La nuit se passa dans une agitation verbale et motrice intense. Le lendemain on l'amena à l'hôpital.

A juger de sa maladie sans la voir, en se contentant de l'entendre, le diagnostic de manie s'imposait, tant elle par-

lait ou criait d'une voix rauque et éraillée ; il suffisait de la regarder pour porter celui de chorée. Tous ses membres étaient agités de mouvements incessants, désordonnés, illogiques, de grande amplitude, la tête participait à cette instabilité, mais cette agitation incoordonnée qui n'empêchait pas la malade de rester sur la chaise où elle était assise se distinguait aisément de l'agitation des maniaques. Il n'y avait pas de délire, ni de troubles confusionnels, la malade répondait avec précision aux questions posées, mais faisait preuve d'un certain degré d'excitation intellectuelle : interrogée sur ce qu'elle avait elle répondait sur un ton enjoué : « Vous voyez, je danse le fox-trott ». Rien de ce qui se passait autour d'elle ne lui échappait, elle interpellait ceux qui l'entouraient et se moquait d'eux à la façon des maniaques. La température était à ce moment à 38°5, elle monta les jours suivants à 40°.

Cet état se prolongea trois jours, puis les mouvements choréiques perdirent de leur intensité et l'excitation psychique se calma. Quelques secousses myocloniques, des paralysies oculaires fugaces. Les résultats de la ponction lombaire confirment le diagnostic d'encéphalite épidémique.

Mais il y a une chorée due à l'encéphalite léthargique dont les syndromes sont plus chroniques, plus atténués, chorée se rapprochant par sa symptomatologie de la chorée de Sydenham. Les troubles psychiques se manifestent alors par un état d'hébétude avec une véritable confusion mentale comparable à celle décrite par Mairet. Les hallucinations sont fréquentes surtout la nuit, ont presque toujours le caractère professionnel.

3° *Autres formes.* — Enfin l'état psychique peut être encore différent et prendre la forme confusionnelle ainsi

qu'on l'observe dans l'encéphalite épidémique à forme myoclonique ou catatonique.

### Phénomènes psychiques dans l'encéphalite léthargique chronique

Au cours de la convalescence de l'encéphalite léthargique, on observe souvent des accidents mentaux. Ils peuvent revêtir la forme maniaque ou la forme dépressive.

C'est tout à fait exceptionnellement que les troubles psychiques sont caractérisés par de l'excitation comme dans le cas suivant.

#### Observation XI

(Empruntée à M. Bremer résumée d'après la *Presse médicale*).

Un enfant de 9 ans, intelligent, sans antécédents pathologiques, a présenté en février 1920 une encéphalite épidémique typique avec paralysies oculaires, somnolence et mouvements choréiques. On vit succéder à une longue période de léthargie continue une phase de somnolence diurne et d'insomnie nocturne et enfin une phase d'agitation hypomaniaque avec crises de manie franche survenant de préférence la nuit. Depuis un mois (l'observation a été publiée le 17 juin) ces accès de manie de gaie ou furieuse apparaissent régulièrement chaque nuit et durent trois ou quatre heures.

Plus fréquemment les troubles psychiques prennent la forme dépressive. Le plus souvent, le malade ne se plaint que d'une asthénie profonde; il en est assez préoccupé et prend toutes les allures d'un neurasthénique. Cette asso-

ciation se rencontre surtout lorsqu'un syndrome parkinsonien a fait son apparition dans le tableau clinique comme dans l'observation qui suit :

### Observation XII

(Due à l'obligeance de M. le professeur Euzière)

D..., 43 ans, a fait en décembre 1919-janvier 1920, une encéphalite épidémique typique. La maladie a débuté lentement, par des céphalées et des sensations vertigineuses avec fièvre qui bientôt se compliquèrent d'une parésie du droit externe et de nystagmus avec somnolence marquée, l'épisode léthargique fut assez fugace et remplacé par une encéphalite à type myoclonique. En mars 1920, la malade était guérie de tout phénomène aigu, mais se plaignant d'une faiblesse très grande, elle commença à exprimer l'idée qu'elle ne guérirait jamais. Peu à peu son état psychique est allé en s'aggravant. En juin, lors de notre dernière visite, elle se présentait comme une véritable mélancolique avec crises d'anxiété extrême, sensation de mort prochaine, idée d'incurabilité. La malade ne mange que contrainte et forcée, l'état général est précaire.

## CONCLUSIONS

I. — L'encéphalite léthargique peut donner naissance à des troubles psychiques différents au point de vue clinique et au point de vue signification séméiologique.

II. — Dans la période aiguë, ils peuvent dominer le tableau clinique et donner naissance :

1° A une forme délirante dans laquelle le délire est le plus souvent un délire d'une agitation incohérente avec hallucinations visuelles, apeurement et réactions souvent dangereuses.

2° A une forme pseudo-démentielle pouvant, jusqu'à un certain point, faire confondre l'encéphalite épidémique avec une paralysie générale ou une démence précoce au début.

III. — Le plus souvent, les troubles psychiques de la période aiguë occupent un rang secondaire dans le tableau clinique. Dans les formes léthargiques on les voit souvent prendre les caractères de la confusion mentale. Dans les formes choréiques dominent les délires avec agitation ou l'excitation psychique simple pseudo-maniaque.

IV. — Dans la convalescence on peut voir apparaître des troubles mentaux sur le pronostic desquels nous sommes actuellement mal fixés et qui revêtent le plus souvent la forme mélancolique.

# BIBLIOGRAPHIE

(Nous ne citons que les ouvrages directement consultés pour l'étude de notre thèse.)

ARDIN-DELTEIL, RAYNAUD (Maurice) et DERRIEU. — Nouvelles modalités cliniques de l'encéphalite; formes ambulatoires pouvant simuler les débuts de la paralysie générale. Soc. méd. hôp., Paris, 19 mars 1920.

BOSC (Frédéric). — Le délire dans l'encéphalite léthargique et les formes délirantes simples. Soc. méd. des hôp. de Paris, 7 mai 1920.

BREMER. — Soc. de psychiatrie, 17 juin 1920.

BRIAND et ROUQUIER. — Quelques cas d'encéphalite léthargique à forme délirante et hallucinatoire. Soc. médic. des hôp. de Paris, 13 février 1920.

— Rapports entre certains états psychiatriques ou organiques et l'encéphalite épidémique. Soc. de psychiatrie, 17 juin 1920.

BRIAND. — Les délires dans l'encéphalite léthargique. Soc. de psychiatrie, 27 juin 1920.

EUZIÈRE et MARGAROT. — Le syndrome clonique dans l'encéphalite léthargique. Académie des sciences et lettres de Montpellier, 12 juillet 1920.

— Un cas de chorée aiguë au cours de l'épidémie actuelle d'encéphalite léthargique. Soc. des sc. méd.

et biol. de Montpellier et du Languedoc méditer., 16 avril 1920.

Euzière. — Troubles psychiques de l'encéphalite léthargique. Académie des sciences et des lettres de Montpellier, 14 juin 1920.

Ginoux. — Syndrome parkinsonien dans l'encéphalite léthargique. *Thèse de Montpellier*, n° 182.

Laignel-Lavastine et Logre. — Hébéphrénocatatonie et encéphalite léthargique. Soc. de psychiatrie, 17 juin 1920.

Logre. — Deux cas d'encéphalite léthargique avec syndrome psychique ressemblant au syndrome hébéphrénocatatonique. Société de psychiatrie, 27 juin 1920.

Mairet. — Leçons cliniques sur la folie de la puberté, 1889.

Salmont (A.). — Encéphalite léthargique mortelle à début douloureux névralgiforme. Soc. méd. des hôp. de Paris, 5 mars 1920.

Widal, May (Ed.) et Chevalley. — Encéphalite léthargique à forme de démence précoce. Soc. méd. des hôp., 25 juin 1920.

---

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 24 juillet 1920
Le Recteur.
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 24 juillet 1920.
Le Doyen,
MAIRET.

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!*